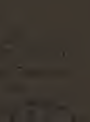
[illegible]

les Travaux Scientifiques



DOCTEUR RENÉ DESNOYERS

TITRES

et Travaux Scientifiques



PARIS
LÉPINE ET GIRARD
69, Rue des Gravilliers
1933

TITRES ET FONCTIONS UNIVERSITAIRES

ASSISTANCE PUBLIQUE

Externe des Hôpitaux 1913.
Interne provisoire des Hôpitaux 1919.
Interne titulaire des Hôpitaux 1920.
Interne de la Maternité de Port Royal 1921.
Interne de la Clinique Baudelocque 1923.
Accoucheur des Hôpitaux 1927.
Accoucheur, professeur-adjoint à la Maternité 1931.

FACULTE DE MEDECINE

Docteur en Médecine 1925.
Chef de Clinique (Clinique Baudelocque) 1925.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

INDEX CHRONOLOGIQUE

1. *Recherches sur les lésions du col de l'utérus précédant la rigidité secondaire.* En collaboration avec le Docteur Fisch. Sté d'Ob. et de Gyn. de Paris, janvier 1923, p. 13.

2. *Fracture de côte avec grand déplacement d'un fragment osseux, chez un enfant.* Société anatomique, 20 octobre 1923.

3. *Fistule congénitale du périnée antérieur.* Société anatomique, 10 novembre 1923.

4. *Tumeur sacro-coccygienne.* Société anatomique, 8 décembre 1923.

5. *Méningocèle occipitale.* Société anatomique, 8 décembre 1923.

6. *Kyste dermoïde extra et intra cranien.* Société anatomique, mars 1924.

7. *Pouces surnuméraires et pouces bifides.* En collaboration avec le Docteur Ill. Revue d'Orthopédie N° 4, juillet 1924.

8. *Malformations multiples des mains et des pieds.* Revue d'Orthopédie N° 1, janvier 1925.

9. *Contribution à l'étude des déformations fœtales dites par compression.* Thèse Paris 1925.

10. *Torticolis congénital coexistant avec d'autres malformations.* En collaboration avec le Docteur Risacher. Sté d'Ob. et de Gyn. de Paris, 12 mai 1925.

11. *Accidents gravido-cardiaques mortels survenus 14 heures après l'accouchement.* Lésions d'endocardite aigue greffées sur des lésions anciennes de la valvule nitrale. Sté d'Ob. et de Gyn. de Paris, 10 mai 1926.

12. *Gestation dans un utérus malformé.* Sté d'Ob. et de Gyn. de Paris, 12 février 1928.

13. *Un cas de rétention placentaire partielle du post-partum à manifestations tardives.* En collaboration avec le Docteur Digonnet. Soc. d'Ob. et de Gyn. de Paris, 12 mars 1928.

14. *Rétentions placentaires partielles manifestées tardivement après l'accouchement.* La Médecine Internationale, avril 1928, p. 121.

15. *Rétentions placentaires à manifestations tardives après l'accouchement.* Clinica (Bucarest), juin 1928, p. 7.

16. *Une observation de péritonite puerpérale.* En collaboration avec le Docteur Digonnet. Soc. d'Ob et de Gyn. de Paris, 9 juillet 1928.

17. *Quelques observations de Symphysiotomie partielle.* En collaboration avec le Docteur Rudaux. Soc. d'Ob. et de Gyn. de Paris, 11 février 1929.

18. *Gestation ectopique ayant évolué jusqu'au terme.* En collaboration avec les Docteurs Portes et Leblanc. Soc. d'Ob. et de Gyn. de Paris, 10 juin 1929.

19. *Vingt observations de symphysiotomie.* Revue Française de Gyn. et d'Ob., octobre 1929, p. 622.

20. *Hémorragie rétro-placentaire dans une gestation gemellaire.* Soc. d'Ob. et de Gyn. de Paris, 2 juin 1930.

21. *Une observation d'apoplexie utéro-placentaire avec fissures péritonéales.* En collaboration avec le Docteur Lejeune. Soc. d'Ob. et de Gyn. de Paris, 12 janvier 1931.

22. *A propos de la symphysiotomie.* La Médecine, avril 1931, p. 293.

23. *Rétentions placentaires manifestées tardivement après l'accouchement.* Le Bulletin Médical 1932, p. 656.

24. *De la conduite à tenir dans les hémorragies rétro-placentaires.* La pratique médicale Française 1932, p. 854.

25. *Volumineuse tumeur utérine développée aux dépens d'une surrénale aberrante.* En collaboration avec les Docteurs Mayer et Isidore. Soc. d'Ob. et de Gyn. de Paris, février 1923.

COLLABORATION A DES THÈSES ET A DES OUVRAGES

CH. PEYTAVIN. *De la symphysiotomie partielle sous-cutanée.* Thèse Paris 1931.

Pratique Médico-Chirurgicale. (Edit. Masson 1931). — *Cardiopathies et gestation. Curettage. Diagnostic de la gestation. Gestation Gémellaire. Présentations du sommet, de la face, version par manœuvres internes. Pelvitomies. Polypes placentaires.*

Traité de la Syphilis. (JEANSELME). (Edit. Doin, 1932). *Syphilis de la femme enceinte.* (En collaboration avec le Docteur CLEISZ.) (Tome III, p. 875 à 922.)

EXPOSÉ ANALYTIQUE

GESTATION ET ACCOUCHEMENT

SYMPHISIOTOMIES

La symphysiotomie délaissée pendant tout le début du siècle a subi un renouveau avec les travaux des auteurs sud-américains. Le professeur Zarate a mis au point une nouvelle technique, dite symphysiotomie sous-cutanée ou symphysiotomie partielle qui parait avoir donné, entre ses mains et celles de ses élèves, d'excellents résultats.

Nous avons nous-mêmes pratiqué un certain nombre de ces interventions et en avons discuté les conditions et enregistré les résultats dans différentes communications. La thèse de Ch. Peytavin (De la symphysiotomie partielle sous-cutanée. Paris 1931), représente une étude critique de 45 cas de symphysiotomie dont la plupart ont été opérées par nous, soit à la Maternité de Port-Royal, soit dans les différents services de Paris où nous étions appelés comme accoucheur de garde.

Les résultats de ces interventions nous ont paru très satisfaisants. Les complications observées autrefois et qui avaient fait abandonner presque complètement la symphysiotomie à ciel ouvert (hémorragie, infection du foyer opératoire, dislocation de l'architecture pelvienne, troubles de la statique et de la marche, etc...), nous ont paru exceptionnels.

Ces heureux résultats enregistrés dans nos observations tiennent certainement à ce fait que nous

avons toujours réclamé pour la symphysiotomie partielle des conditions très strictes :

1° *Disproportion fœto-pelvienne peu importante.* — La symphysiotomie partielle effectuée correctement ne permet pas un écartement pubien de plus de 3 à 4 cm. Ceci explique la rareté des troubles de la statique et de la marche. Nous n'avons donc utilisé cette technique que dans des bassins limites. Le diamètre promonto sous-pubien, dans nos observations, a toujours été supérieur à 10 cm. Nous avons toujours considéré comme contre-indication les bassins canaliculés et les bassins asymétriques.

De même l'appréciation de la situation de la tête fœtale par rapport au plan du pubis, appréciée par le palper mensurateur, chez une femme en travail, membranes rompues, est toujours intervenue dans notre décision. Seuls les cas où la tête débordait *légèrement* le plan du pubis, nous ont paru justiciables de la pelvitomie.

2° *Etat du col.* — L'état du col utérin ne paraît pas une condition indifférente. La dilatation doit être aussi avancée que possible et le col souple. Toutefois, et à titre exceptionnel l'une de nos symphysiotomies à été effectuée avec une dilatation de moins de 5 Fr. Une autre avec un col en état de rigidité infectieuse.

Dans ces deux cas l'évolution a été favorable.

3° — Quelques auteurs ont attribué une grande importance à *la parité,* rejetant la symphysiotomie chez la primipare.

Nos observations comprennent sensiblement autant de primipares que de multipares. Il semble

donc que la parité importe peu et que la symphysiotomie partielle puisse être pratiquée sans risque chez la primipare (en dehors naturellement de toute atrésie vaginale anormale) et sous la condition (que nous jugeons formelle), qu'une large épisiotomie vienne soulager les parties molles au moment du dégagement de la tête fœtale.

4° *L'Infection amniotique.* — Un très grand nombre de nos symphysiotomies a été pratiqué soit chez des femmes fébriles (température dépassant 38°) en état d'infection amniotique manifeste, soit chez des femmes ayant les membranes ovulaires rompues depuis plus de 12 heures.

Dans ces conditions, considérées par quelques auteurs comme contre-indication, les suites de couches ne nous ont pas paru sensiblement plus défavorables que dans des cas d'accouchements spontanés ou par forceps, effectués sur des terrains identiques.

Nous pensons même que la symphysiotomie doive trouver dans ces conditions d'infection légère une indication toute particulière et puisse être envisagée comme opération d'élection, les interventions abdominales faisant alors courir infiniment plus de risques.

Mode opératoire. — La technique que nous avons utilisée a toujours été, dans ses grandes lignes, celle du Professeur Zárate.

Nous insistons toutefois sur la nécessité de maintenir une sonde en gomme dans l'urètre pendant toute la durée de l'intervention. La présence de cette sonde donne aux doigts vaginaux la perception facile de l'urètre et permet de refouler plus

facilement cet organe sur le côté pendant la section de la symphyse.

Nous insistons également sur l'importance du rôle des doigts de la main gauche. Ce sont ces doigts qui, introduits dans le vagin, non seulement refoulent la vessie en haut de l'urètre latéralement, mais perçoivent également la pointe du bistouri qu'ils peuvent ainsi contrôler en même temps qu'ils distinguent, lorsque la symphyse commence à s'ouvrir, les petits ponts fibreux tendus entre les deux surfaces pubiennes et dont la section successive permet l'écartement définitif du pubis.



L'abduction forcée des cuisses, conseillée par les auteurs sud-américains, nous paraît presque toujours inutile, sinon dangereuse, la symphyse s'ouvrant d'elle-même lorsque toutes les fibres interpubiennes sont sectionnées.

Enfin l'accouchement spontané, chaque fois qu'il est possible doit être préféré à l'extraction du fœtus par version ou par forceps. L'application du forceps surtout paraissant susceptible de provoquer des lésions des parties molles (urètre et vessie).

Quant au mode d'anesthésie, il nous a paru secondaire. Nous avons pratiqué indifféremment nos opérations sous chloroforme, schleich, éther, rachianesthésie.

Toutefois, le chlorure d'éthyle nous a semblé provoquer une anesthésie très satisfaisante : l'anesthésie est rapide, de courte durée, sans action sur les contractions utérines, et le réveil dès la fin de l'intervention permet à la femme des efforts d'expulsion efficaces. Nous avons d'ailleurs remarqué que cette période d'expulsion ne semble pas être

rendue plus douloureuse par l'opération et par l'écartement des surfaces articulaires.

Suites. — L'hémorragie ne nous a jamais inquiété par son abondance. Dans une de nos observations, une symphysiotomie, suivie d'ailleurs d'application de forceps, a entraîné une brèche importante de la paroi vaginale antérieure qui a guéri sans provoquer d'incidents, ni d'ordre hémorragique, ni d'ordre infectieux. La lésion vaginale semble d'ailleurs devoir dans ce cas particulier résulter davantage de l'application de forceps que de la symphysiotomie elle-même.

Chez trois femmes, il y a eu après l'intervention, émission d'urines sanglantes, la vessie ayant été vraisemblablement atteinte par la pointe du bistouri. La mise en place d'une sonde à demeure a facilité la cicatrisation dans ces trois cas et nous n'avons jamais eu à enregister de fistules.

Un grand nombre de nos opérées, ont présenté des suites de couches subfébriles. Mais la symphysiotomie dans presque tous ces cas avait été pratiquée chez des femmes déjà fébriles et en état d'infection amniotique au moment de l'intervention. L'intervention ne doit pas en être rendue responsable, d'autant plus qu'aucun de ces cas ne s'est accompagné d'infection du foyer opératoire.

Le seul cas mortel que nous ayons enregistré a été dû à une embolie chez une femme atteinte de phlébite. Il est vraisemblable qu'étant donné l'état de cette femme lors de son accouchement, aucune autre intervention n'aurait permis d'éviter cette éventualité.

Lorsque la température et le pouls le permet-

taient nous avons fait lever nos opérées vers le 15e jour. La marche au début est assez souvent difficile et pénible. En quelques jours, les troubles de la marche s'améliorent et les opérées que nous avons revues plusieurs semaines ou plusieurs mois après leur sortie, vaquaient sans difficulté à des occupations souvent pénibles.

Dans un cas cependant, nous avons observé des troubles graves de la marche, d'ailleurs corrigés complètement par une symphysioraphie. Cette observation répond à une de nos toutes premières interventions. L'impotence fonctionnelle consécutive, nous paraît due à une erreur d'indication. La disproportion fœto-maternelle, dans ce cas particulier était beaucoup plus importante que nous ne l'avions pensé et l'écartement pubien nécessité par l'accouchement, avait certainement dépassé les limites habituelles. Nous noterons cependant la fréquence relative des incontinences d'urine (d'ailleurs presque toujours passagères) et des prolapsus vaginaux.

Quant au pronostic fœtal, nous n'avons eu à déplorer que la mort d'un seul enfant : traumatisme cranien, résultant très probablement d'une tentative de manœuvre de CHAMPETIER avant l'intervention. La symphysiotomie ne saurait en être rendue responsable.

Conclusion. — La symphysiotomie quoique d'emploi limité du fait des conditions qu'elle réclame, ne nous parait pas devoir être abandonnée. Elle représente, au minimum, le type de l'intervention de nécessité pratiquée au cours du travail. Elle rend inexcusable l'application de forceps au détroit

supérieur dans les bassins rétrécis. Elle doit être préférée, lorsqu'elle est possible, à la césarienne conservatrice même segmentaire, dans tous les cas où l'infection amniotique, latente ou manifeste, rend dangereuse l'intervention par voie abdominale.

Par ailleurs (n° 22), nous ne partageons pas l'opinion admise par certains auteurs (surtout étrangers) qui considèrent la symphysiotomie comme une opération facile, à la portée de tous les médecins.

Nous pensons en effet que la symphysiotomie réclame un ensemble clinique très déterminé, mais *complexe* qui en restreint considérablement les indications et dont l'appréciation nécessite, de la part de l'accoucheur, un sens clinique obstétrical et une expérience des dystocies assez difficiles à acquérir en dehors de la spécialisation.

A cette première objection s'en ajoute une autre, tirée des difficultés techniques. La plupart des interventions chirurgicales se font en effet à ciel ouvert. Dans une césarienne par exemple, l'assistant *voit* les différents temps de l'intervention, suit leur évolution, remarque les difficultés, apprend les « tours de mains » et peut ensuite, suivant ses aptitudes chirurgicales, réaliser l'opération plus ou moins correctement.

Il en va tout autrement pour la symphysiotomie dont les principaux temps lui échappent parce qu'ils s'effectuent dans la profondeur, hors de la vue, sous le seul contrôle des doigts de l'opérateur.

C'est pourquoi nous pensons que la symphysiotomie malgré ses avantages incontestables, du fait des difficultés d'indications, d'une part, et du fait

des difficultés de technique, d'autre part, ne saurait prendre place comme certains accoucheurs l'ont envisagé, parmi les interventions courantes de petite chirurgie du médecin praticien.

Hémorragie rétroplacentaire et apoplexie utéro placentaire (n° 20, 21, 24)

Une observation d'apoplexie utéro-placentaire avec fissures péritonéales (n° 21)

VIII[e] pare de 37 ans prise au 7[e] mois de sa dernière gestation de douleurs abdominales violentes avec métrorragie importante de sang rouge. Utérus dur. Disparition des bruits du cœur fœtal. Anurie. Etat général grave. Tel est l'état de cette femme lorsque nous sommes appelés auprès d'elle d'urgence à l'Hôpital Saint-Louis.

Le diagnostic d'apoplexie utéro-placentaire ayant été posé, nous intervenons immédiatement. L'utérus présente les caractères habituels de l'apoplexie, avec en plus des fissures péritonéales importantes, au niveau du corps utérin, comme si l'organe brusquement distendu était sur le point de se rompre spontanément.

Hystérectomie supravaginale en bloc au cours de laquelle on note la très grande friabilité des pédicules vasculaires. Les suites opératoires furent simplles. Dès le lendemain de l'intervention, les reins reprenaient un fonctionnement normal. La cicatrisation se faisait par première intention et la malade pouvait quitter l'hôpital le 16[e] jour.

L'examen de la pièce, pratiqué à l'hôpital Saint-Louis, confirmait le diagnostic d'apoplexie utérine,

avec existence d'un hématome important ayant décollé la presque totalité du placenta et la plus grande partie des membranes.

Hémorragie rétro-placentaire dans une gestation gémellaire (n° 20)

Ve pare de 32 ans. La dernière gestation est compliquée dès le début par des signes accusés d'intoxication gravidique. A partir du 3e mois, métrorragies répétées de sang noir. A l'examen utérus plus volumineux que ne le fait penser la date des règles; forme en cœur, consistance anormale, la moitié droite droite de l'utérus étant ferme et la moitié gauche, molle, kystique. Pas de signes fœtaux.

L'ensemble du tableau clinique fait porter le diagnostic de môle, mais l'état général rapidement aggravé, (douleurs abdominales intenses, petitesse du pouls, état syncopal), est tel que l'intervention par voie haute parait s'imposer. Hystérectomie supravaginale en bloc. Hémostase difficile (du fait de la friabilité vasculaire) nécessitant un Mickulicz. La malade succombe le 3e jour.

L'examen de la pièce montre l'existence d'une grossesse gémellaire. La moitié gauche de l'utérus est occupée par un fœtus frais avec un placenta, présentant un fœtus macéré englobé dans un énorme caillot ayant complètement décollé le placanta. L'examen histologique, portant surtout sur la paroi utérine confirme le diagnostic d'apoplexie utérine.

Nous avons retenu cette observation à cause de son allure vraiment atypique : hémorragie rétroplacentaire dans une gestation gémellaire, accident précoce, au 4e mois d'une grossesse, caractérisée

par l'intensité des signes d'intoxication gravidique; et à cause de l'erreur de diagnostic qui avait fait considérer le tableau clinique comme résultant d'une grossesse molaire.

De la conduite à tenir dans les hémorragies rétro-placentaires (n° 24)

Nous avons essayé de schématiser au point de vue pratique la thérapeutique, variable suivant les formes multiples des hémorragies rétro-placentaires.

Nous avons montré que, dans les formes graves, l'apoplexie utérine contre-indique toute opération par voie basse et conduit en général à l'hystérectomie.

Recherches sur les lésions du col de l'utérus précédant la rigidité secondaire (n° 4)

Avec le Docteur Fisch, chef de laboratoire de la Maternité, nous avons étudié histologiquement un col utérin prélevé à la suite d'une hystérectomie. Cette hystérectomie avait été motivée par une rupture utérine survenue dans des conditions telles que l'on pouvait penser à un début de rigidité secondaire du col.

Nous avons constaté :

1° L'abondance des vaisseaux occupant près des 3/4 de la préparation. Ces vaisseaux semblent avoir conservé l'intégrité de leurs éléments, sauf au niveau de l'insertion vaginale du col où existent des foyers nettement hémorragiques.

2° La distension du tissu réticulé du col, les

fibres et les cellules conjonctives apparaissant comme dissociées par la sérosité. Dans les mailles du tissu réticulé, on constate la présence de fibrine, de globules rouges, de globules blancs. La distribution de ces derniers éléments n'est pas régurière. Rares par endroits, ils sont surtout abondants dans la zone de l'insertion vaginale. Vers l'extrémité libre du col, les tissus sont plus nets, les glandes intactes, l'épithélium glandulaire bien constitué. Dans la région sous-jacente à la muqueuse et surtout dans le chorion de cette muqueuse existe une diapédèse leucocytaire abondante.

3° En colorant les coupes pour y rechercher les microorganismes, nous n'avons trouvé de microbes en liberté ni dans le tissu conjonctif, ni dans les vaisseaux, ni dans les glandes. Toutefois, il existe dans les cellules diapédétiques des microbes phagocytés disposés en amas.

Quelques microbes beaucoup plus rares, mais paraissant libres, se retrouvant au voisinage des cellules. Ces microorganismes semblent être des staphylocoques.

SUITES DE COUCHES

Un cas de rétention placentaire partielle du post-partum à manifestations tardives (n° 13)

Nous avons rapporté avec le Docteur DIGONNET, l'observation d'une primipare de 33 ans, ayant présenté une rétention d'un cotylédon placentaire.

Les suites de couches avaient été subfébriles, la température ayant atteint 38° le 7e jour et le 9e jour.

Le 11e jour, cette femme voyait apparaître une hémorragie et la fièvre s'élevait à 39°. Une exploration intra-utérine prudente montrait l'existence dans la cavité utérine d'un fragment placentaire important. Ce fragment mobile, pédiculé, était extrait, prudemment et facilement, avec le doigt, sans le secours d'aucun instrument.

Cette intervention dont le traumatisme pouvait être considéré comme minimum, déclenche cependant, le soir-même, une infection à forme septicémique, qui après une rémission passagère est confirmée par l'ensemble clinique et l'hémoculture.

La gravité nous apparaît telle, que nous décidons une hystérectomie. A la fin de l'intervention, pratiquée sous anesthésie rachidienne, la malade succombe brusquement.

L'examen de l'utérus a montré dans l'épaisseur de sa paroi la présence de deux abcès.

Les différents examens bactériologiques pratiqués ont permis de décéler, tant dans la cavité utérine, dans les abcès pariétaux, dans le fragment

placentaire extrait cinq jours avant la mort, que dans le sang de la malade, du streptocoque.

Nous avons retenu de cette observation :

1° L'absence de signes cliniques de rétention pendant 11 jours.

2° Le danger de la thérapeutique intra-utérine, qui, même réduite au minimum, avait provoqué une septicémie que l'on pouvait considérer, (même en dehors de l'accident survenu pendant l'hystérectomie), comme presque fatalement mortelle.

3° Le problème véritablement angoissant que pose dans des cas semblables la décision thérapeutique.

Nous avons repris les différents problèmes posés par ces rétentions placentaires, manifestés tardivement dans plusieurs articles médicaux (nos 14, 15, 23).

Accidents gravidocardiaques mortels. Lésions d'endocardite aiguë greffées sur des lésions anciennes de la valvule mitrale (n° 11)

Cette observation concerne une Ipare atteinte d'une lésion mitrale consécutive à une chorée de l'enfance. La gestation est bien supportée. Le travail un peu long et pénible est terminé par une application de forceps facile. Hémorragie de la délivrance nécessitant une délivrance artificielle. Quatorze heures après l'acouchement, la malade succombe brutalement, après une courte période de défaillance cardiaque.

L'autopsie a montré la présence de végétations récentes sur la valvule mitrale. Histologiquement ces lésions présentaient les caractères de l'endo-

cardite aigue, bien que cette femme pendant les jours qui ont précédé son accouchement, n'ait jamais présenté aucun signe clinique pouvant faire songer à ce diagnostic.

Une observation de péritonite puerpérale (n° 16)

Avec le Docteur Digonnet, nous avons présenté à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris l'observation d'une primipare, qui, à la suite d'un accouchement dystocique (forceps et délivrance artificielle), a vu évoluer avec grande rapidité une péritonite puerpérale. 41 heures après l'accouchement nous intervenions par laparotomie et trouvions une grande quantité de pus dans la cavité abdominale. Une hystérectomie immédiate avec drainage à la Michkulicz nous a permis de sauver cette malade. L'examen bactériologique de la cavité utérine et du pus péritonéal a montré qu'il s'agissait d'une infection dûe au streptocoque.

Un mois avant son accouchement, cette malade avait soigné sa sœur au cours d'une péritonite puerpérale mortelle.

Nous avons retenu de cette observation :

1° La rapidité d'appartion de cette péritonite, qui était déjà en pleine évolution moins de deux jours après l'accouchement et qui était certainement d'origine génitale, le streptocoque ayant été trouvé à la fois, dans la cavité utérine et dans le pus péritonéal.

2° Le mode de propagation de l'infection. Le Docteur Durante qui pratiqua l'examen histologique de la pièce a décélé en effet des streptocoques non seulement dans la muqueuse utérine,

maís en pleine paroi musculaire et dans les vaisseaux thrombosés. En certains points existaient des petits foyers infectieux s'étendant jusque sous le péritoine utérin, et pouvant ainsi expliquer l'extension du procéssus infectieux à la grande cavité péritonéale.

3° L'heureuse terminaison de l'infection qui montre que l'hystérectomie, pratiquée précocement, peut permettre de sauver quelques malades.

PATHOLOGIE FŒTALE
ET ENFANTILE

Déformations fœtales dites par compression (n°9)

Nous avons observé en 1923 à la clinique Baudelocque un enfant présentant des malformations multiples, en particulier des lésions du muscle sterno-cleido-mastoïdien (n° 10). Au cours des recherches nécessitées par cette étude, nous avons été frappé de l'importance donnée par beaucoup d'auteurs à la compression intraovulaire du fœtus, dans la genèse de nombreuses malformations. Nous avons alors cherché à préciser jusqu'à quel point cette manière de voir s'accordait avec la réalité.



L'enfant dont l'observation servait de base à notre thèse (enfant né prématurément d'une mère tuberculeuse), était décédé quelques heures après sa naissance. La gestation avait évolué normalement — sans anomalie appréciable du liquide amniotique — sans signes d'intoxication gravidique. L'accouchement avait été facile, en présentation du siège. L'enfant, une fille, pesait 2.080 grammes. Le placenta 550.

Les déformations ou malformations visibles étaient les suivantes :

Asymétrie faciale par hémiatrophie droite.

Inclinaison forcée de la tête sur l'épaule droite.

Thorax étranglé en sablier.

Pieds bots en varus équin.

L'autopsie montrait une augmentation de volume du foie, de la rate, du thymus.

Le rein droit était atrophié.

Le rein gauche était énorme (116 gr.).

Les deux reins présentaient de nombreux kystes.

Les uretères étaient perméables.

La dissection du cou montrait l'atrophie et l'anomalie du du sterno-cleïdo-mastoidien droit. Tous les autres muscles que nous avons pu disséquer tant dans la région cervicale que dans différents segments des membres, nous ont paru intacts.



L'examen histologique des coupes pratiquées au niveau du sterno-cleïdo-matoidien ont montré des altérations et des lésions absolument identiques à celles décrites en 1911 par M. Couvelaire.

Nous avons ensuite étendu nos recherches à toutes les anomalies observées chez le nouveau-né et pouvant être attribuées à la compression. Cettc étude a porté surtout sur les observations de la clinique Baudelocque et les pièces anatomiques conservées au Musée Varnier.

Nous avons classé les déformations en plusieurs groupes d'origine, les étudiant successivement dans les grossesses extra-utérines, dans les grossesses développées dans de sutérus anormaux (malformation ou fibrômes), dans les grossesses développées dans un utérus normal (avec et sans anomalies du liquide amniotique).

1° *Dans la gestation extra-utérine :*

Les déformations pouvant être attribués à la compression sont extrêmement nombreuses. Sur 13 cas de fœtus ectopiques, deux seulement ne présentaient aucune déformation apparente.

2° *Gestation dans des utérus malformés ou fibrômateux :*

Nous avons étudié 272 observations de malfor-

mations utérines et 165 cas de gestation dans des utérus fibrôneux.

Les déformations fœtales dites par compression, ne nous ont pas semblé plus fréquentes, dans ces cas particuliers, que dans les grossesses développées dans des utéus normaux.

3° *Gestation dans un utérus normal avec anomalies de l'œuf :*

Nous avons étudié surtout les cas avec oligohydramnie pensant que les déformations fœtales par compression devaient être favorisées au maximum par la diminution de la quantité de liquide amniotique.

Les déformations, dans ces observations, sont en effet nombreuses, mais l'étude critique montre que :

1° Ces déformations sont rarement isolées. Elles sont presque toujours coexistantes avec des malformations viscérales (spinabifida, exomphalie, tumeurs rénales, imperforation de l'urètre, etc..) qui elles, ne sauraient s'expliquer uniquement par la compression du fœtus.

2° Dans un grand nombre d'observations des tares pathologiques importantes, peuvent être relevées dans les antécédents paternels ou maternels : alcoolisme, tuberculose et surtout syphilis.

D'autre part, un certain nombre de déformations fœtales attribuées à la compression, se retrouvent dans des cas où l'excès du liquide amniotique est signalé. Or, il paraît évident, qu'un fœtus, dans un œuf hydropique doit être au maximum à l'abri de la compression, grâce à la grande mobilité que lui permet l'abondance du liquide amniotique.

Il nous paraît plus vraisemblable de penser avec

un grand nombre d'auteurs modernes qu'oligo-hydramnie et polyhydramnie sont des manifestations de lésions amniotiques ou placentaires, d'origine toxique ou infectieuse, et pouvant évoluer *parallèlement* aux déformations fœtales, celles-ci étant le plus souvent sans rapport de cause à effet avec avec l'excès ou l'insuffisance du liquide amniotique.

Comparant ensuite les déformations fœtales transitoires observées souvent dans les heures et les jours qui suivent la naissance, avec les déformations définitives, nous avons cherché à préciser quelles modifications anatomiques, osseuses ou musculaires, pouvaient expliquer le caractère définitif des déformations.

Nous avons également analysé des faits cliniques, anatomo-pathologiques expérimentaux, susceptibles d'expliquer en dehors de la compression, les déformations fœtales que l'on pouvait attribuer à celle-ci.

Dans le chapitre V de notre thèse, nous avons tracé un essai d'étude critique, en reprenant et en comparant, d'une part, les arguments en faveur du rôle de la compression dans les déformations fœtales, d'autre part les arguments qui s'opposaient à cette théorie.

Et nous avons cru pouvoir conclure que :

1° La compression intra-utérine, favorisant ou maintenant dans un utérus normal une attitude vicieuse du fœtus, peut expliquer certaines déformations transitoires. Elle ne paraît pas, à elle seule, pouvoir entraîner des modifications anatomiques telles que ces déformations deviennent permanentes.

2° Le rôle de l'oligohydramnie parait avoir été exagéré. Les modifications quantitatives du liquide amniotique ne font que traduire un état pathologique des annexes ovulaires, évoluant parallèlement, sans rapport de cause à effet, avec les malformations embryonnaires.

3° Les enfants porteurs de déformations attribuées à la compression sont presque tous des débiles. Les antécédents toxiques ou infectieux de leurs procréateurs sont souvent lourds.

Dans la très grande majorité des cas, ce sont ces antécédents beaucoup plus que la compression du fœtus, qui doivent être considérés comme cause primitive des déformations.

Malformations multiples des mains et des pieds.
(n° 8)

Cette communication comportait deux observations, la première d'une fillette, présentant une syndactylie complète du médius et de l'annulaire, avec existence entre les deux métacarpiens correspondants d'un véritable doigt supplémentaire. Le fait remarquable était la symétrie à droite et à gauche de cette malformation.

De plus, il s'agissait d'une malformation héréditaire constatée pendant 3 générations et atteignant 11 enfants, presque tous (10 sur 11) du sexe féminin.

La deuxième observation concerne une fillette atteinte de malformations multiples des mains et des pieds. Ces malformations sont comparables à celles décrites sous le nom d'amputation par brides

amniotiques. Certains doigts sont amputés, d'autres parcourus de profonds sillons.

Pouces surnuméraires et pouces bifides (n° 7)

Nous avons décrit sous ce titre une malformation symétrique et complexe des pouces, consistant d'une part en un pouce surnuméraire rudimentaire mais reconnaissable et d'autre part en un pouce biflde à métacarpien commun. Cette observation nous avait paru intéressante par ce fait que, si les pouces surnuméraires et les pouces bifides sont, les uns et les autres, relativement fréquents, la réunion de ces deux malformations est beaucoup plus rare.

Méningocèle occipitale (n° 5)

Obervation d'un garçon de 10 mois présentant au niveau de l'occiput une tumeur kystique du volume d'une orange. Excision par le Docteur Mouchet. Suites opératoires sans incidents. L'examen histologique montrait une méningocèle pure, sans encéphalocèle.

Tumeur sacro-coccygienne (n° 4)

Observation d'une fillette âgée d'un mois, présentant une double tumeur sacro-coccygienne du volume d'un œuf de poule. L'excision de cette tumeur fut rendue pénible par son adhérence au coccyx et au rectum.

Histologiquement, elle se révélait comme un tératome.

GYNÉCOLOGIE

ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

Volumineuse tumeur utérine développée aux dépens d'une surrénale aberrante (?) (n° 25)



Cette observation était celle d'une femme de 31 ans ayant eu déjà trois gestations, et qui entre à la Maternité en Septembre 1932 pour ce qu'elle croit être une nouvelle grossesse.

L'aménorrhée remonte en effet à huit mois. Depuis cette date l'abdomen a augmenté régulièrement de volume, mais des douleurs, de la fièvre, de l'amaigrissement sont apparus et motivent l'entrée de cette malade à l'hopital.

L'examen montre: un abdomen occupé par une masse importante, qui peut en imposer pour un utérus gravide de huit mois. Mais cette masse est mal limitée, non mobile donnant l'impression d'être maçonnée dans le ventre. Elle n'est le siège d'aucune contraction. Aucune partie fœtale n'est perçue. L'auscultation ne permet pas de déceler les bruits du cœur.

L'état général est précaire. La température oscille entre 39° et 40°. L'amaigrissement est considérable. Les membres inférieurs sont fortement œdématiés.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine, d'abord envisagé, est éliminé, la radiographie ne montrant aucun squelette fœtal et la réaction d'Hinglais étant négative. Le diagnostic reste toutefois incertain, les hypothèses de fibrôme dégénéré et infecté, de tumeur végétante des ovaires, de péritonite tuberculeuse, etc..., pouvant être envisagés.

Après quinze jours de mise en observation de cette

malade, l'état général subit une aggravation tellement rapide qu'on est amené à intervenir.

La laparatomie montre qu'il s'agit d'une énorme tumeur à adhérences extrêmement nombreuses à la paroi, à l'épiploon, à l'intestin. Les adhérences étant libérées, l'extériorisation de la tumeur permet de constater qu'elle est développée aux dépens de la face antérieure de l'utérus. Hystérectomie supra-vaginale. Fermeture de la paroi sans drainage.

Les suites opératoires sont rapidement favorables : chute de la température, disparition des œdèmes, cicatrisation par première intention, la malade pouvant se lever dès le vingtième jour.

L'examen histologique montre au niveau de la tumeur un certain nombre de zônes d'aspect différent et dont les dispositions cellulaires variables font successivement penser, suivant la région envisagée, à un sarcome, à un fibrôme dégénéré, à un léio-myome malin. Dans la zône voisine de l'utérus l'architecture cellulaire rappelle *celle des glandes endocrines, et plus spécialement celle des surrénales.*

Toutefois, la situation de la tumeur par rapport à l'utérus ne permet pas de penser qu'elle s'est développée aux dépens d'une surrénale aberrante du ligament large, mais plutôt aux dépens de ces amas de tissu surrénal qui ont été décrits récemment, comme existant de façon consante dans l'épaisseur de la paroi utérine.

Six mois après l'intervention, la malade qui est surveillée de très près au point de vue de la possibilité d'une récidive maligne est dans un excellent état, tant local que général.

Gestation dans un utérus mal formé (n° 12)

Primipare entrée à la Maternité avec le diagnostic probable de grossesse extra-utérine : douleurs abdominales intenses, syncopes répétées. Perception de deux tumeurs pelviennes dont l'une paraît annexielle.

La laparotomie montre qu'il s'agit d'une énorme para-utérine qui est interprètée comme une grossesse interstitielle.

Hystérectomie. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait en réalité d'un œuf développé dans un utérus mal formé du type double unicol.

Gestation extra-utérine ayant évolué jusqu'au terme (n° 28)

Cette observation est celle d'une femme de 28 ans qui a présenté une grossesse ectopique chez laquelle le diagnostic ne fut posé que 11 mois après la date des dernières règles.

Ce diagnostic fut vérifié par la radiographie, une sonde métallique ayant été introduite dans la cavité utérine. Les clichés pris dans différentes positions confirment la situation extra-utérine du fœtus.

Nous avons opéré cette femme à la Maternité. Laparatomie. Extraction du fœtus et du placenta. Marsupialisation. Guérison.

Fistule congénitale du périnée antérieur (n° 3)

Cette fistule développée précocement aux dépens d'un kyste congénital, sans aucun phénomène infectieux chez un garçon de 9 ans est prise jusqu'à cet âge pour une fistule anale.

L'intervention montra que cette fistule communiquait avec une poche kystique qui pût être enlevée. L'examen histologique permit de constater qu'il s'agissait d'un kyste dermoide congénital.

Fracture de côte avec déplacement considérable d'un fragment osseux (n° 2)

Cette observation concernait un jeune garçon qui à la suite d'un accident d'automobile présentait une fracture de côte avec mobilisation d'un fragment de 7 centimètres, disposé verticalement et perpendiculairement aux côtes normales.

Son ablation fut pratiqué 18 jours après le traumatisme. Guérison.

Kyste dermoide intra et extra crânien (n° 6)

Femme de 23 ans présentant une tumeur du volume d'une noix de la région temporale.

L'intervention montra que cette tumeur présentait un prolongement pénétrant dans le crâne par un orifice osseux d'un centimètre de diamètre. Après agrandissement de cet orifice, la poche intracrânienne qui s'enfonce entre la base du crâne et la dure-mère peut être évacuée mais sa paroi est respectée. Guérison.

Il s'agissait vraisemblablement d'un kyste par inclusion développé au voisinage de la fontanelle ptérique. Aucun trouble de compression cérébrale n'avait été signalé.